

Wahrnehmung von Lastenverteilungen und Verteilungskonflikten im deutschen Gesundheitssystem - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Ullrich, Carsten G.; Christoph, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ullrich, C. G., & Christoph, B. (2006). Wahrnehmung von Lastenverteilungen und Verteilungskonflikten im deutschen Gesundheitssystem - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 991-1002). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144833>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Wahrnehmung von Lastenverteilungen und Verteilungskonflikten im deutschen Gesundheitssystem – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Carsten G. Ullrich und Bernhard Christoph

1. Einleitung

Das Thema dieses Beitrags ist die Wahrnehmung der Lastenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es wird untersucht, ob und, wenn ja, in welchem Sinne diese als problematisch empfunden wird und wodurch sich eventuelle Wahrnehmungs- oder Einstellungsunterschiede der Befragten erklären lassen. Die Analyse stützt sich dabei auf eine eigene repräsentative Umfrage zur Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates, die im Sommer 2004 durchgeführt wurde.¹

Als »Lastenverteilung« kann man allgemein die Verteilung der finanziellen Lasten auf die einzelnen Akteursgruppen im Gesundheitssystem bezeichnen, die zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung vorgenommen wird. Neben den grundsätzlichen Finanzierungsmodi (u.a. das Versicherungs- und Solidarprinzip und die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung) sind hierunter auch die Belastungen zu verstehen, die aus spezifischen Steuerungselementen (z.B. Selbstbeteiligungsregelungen) resultieren.

Fragen der Lastenverteilung – und damit auch Fragen der Verteilungsgerechtigkeit und nach möglichen Verteilungskonflikten – können auf mehreren Ebenen virulent werden, etwa bei der Verteilung der finanziellen Belastungen zwischen unterschiedlichen Akteursgruppen im Gesundheitssystem.

Im Folgenden soll die Lastenverteilung innerhalb der Versichertengemeinschaft und – wenn auch in geringerem Maße – die zwischen gesetzlich Versicherten und anderweitig gegen Krankheit abgesicherten Bevölkerungsgruppen näher betrachtet werden. Innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich die Verteilung finanzieller Lasten dabei vornehmlich aus dem Solidarprinzip der GKV, durch welches das Verhältnis von eingebrachten Beiträgen und erhaltenen

¹ Diese Umfrage umfasst 1.534 Befragte und wurde im Rahmen eines am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung durchgeführten Forschungsprojekts erhoben. Hierbei handelt es sich um das von der Fritz Thyssen Stiftung geförderte und von Johannes Berger und Carsten Ullrich geleitete Projekt »Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates«.

Leistungen für die einzelnen Versichertengruppen höchst unterschiedlich ausfällt. Das Verhältnis der gesetzlich Versicherten zu den Nicht-Versicherungspflichtigen, die nicht zur solidarischen Finanzierung der GKV herangezogen werden, wird dagegen durch die Versicherungspflicht bzw. durch die Versicherungspflichtgrenzen bestimmt.

Die Beurteilung der Lastenverteilung durch die Befragten erfolgt in zwei Schritten: Zentral ist zunächst die Wahrnehmung und Beurteilung der gegenwärtigen Verteilung finanzieller Lasten zwischen den gesetzlich Versicherten. Es wird untersucht, wie die einzelnen Verteilungswirkungen, die unter dem »Dach« des Solidarprinzips zusammengefasst sind, beurteilt werden und welche Erklärungsmöglichkeiten sich für unterschiedliche Beurteilungen anbieten. In einem zweiten Schritt wird geprüft, wie mögliche Veränderungen der bestehenden Lastenverteilung bewertet werden. So würden viele derzeit diskutierte Reformvorschläge das für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutive Solidarprinzip entscheidend verändern (wenn auch in sehr unterschiedlicher Weise und in zum Teil entgegengesetzter Richtung). Zentrale Stichworte sind hier unter anderem die Modelle zur Bürgerversicherung, zur Einführung pauschaler Krankenkassenbeiträge (so genannter Kopf- oder Gesundheitspauschalen) und zur Rationierung medizinischer Leistungen. Die Beurteilung dieser Reformoptionen erlaubt daher nicht nur Rückschlüsse auf die Akzeptanz der bestehenden Form des Solidarprinzips, sondern auch auf das Spektrum akzeptabler Alternativen – sei es, dass diese »weniger«, »mehr« oder eine »andere« Solidarität bedeuten.

2. Einstellungen zur Lastenverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein zentrales Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidarprinzip, das verschiedene Arten der Umverteilung zwischen den gesetzlich Versicherten vorsieht, durch die jeweils unterschiedliche Gruppen begünstigt bzw. benachteiligt werden. Diese Begünstigungen und Belastungen können als mehr oder weniger gerechtfertigt angesehen werden, was wiederum zu Unterschieden in der Akzeptanz der einzelnen Elemente des Solidarprinzips führen kann. Ob solche Akzeptanzunterschiede existieren und wie sie erklärt werden können, soll hier für die einzelnen Aspekte des Solidarprinzips untersucht werden.

Grundsätzlich können drei Hauptwirkungen des Solidarprinzips unterschieden werden, die sich in entsprechenden Umverteilungsrichtungen niederschlagen:

- (1) Umverteilungen zwischen Gesunden und Kranken: Die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken gehört zum Kern des Versicherungsprinzips. Die gesetzliche Krankenversicherung geht jedoch dadurch über das reine Versicherungsprinzip hinaus, dass im Unterschied zur privaten Krankenversicherung keine Differenzierung der Beiträge nach dem Risiko erfolgt und dass auch Personen mit Vorerkrankungen versichert werden (Kontrahierungszwang).
- (2) *Umverteilungen zwischen Versicherten mit hohem und mit niedrigem Einkommen*: Ein weiterer wichtiger Aspekt des Solidarprinzips in der GKV ist der Ausgleich zwischen wirtschaftlich leistungsfähigeren und wirtschaftlich weniger leistungsfähigen Mitgliedern. Dieser wird in der gesetzlichen Krankenversicherung als Umverteilung zwischen Beziehern hoher und niedriger Einkommen umgesetzt.
- (3) *Umverteilungen zwischen Alleinstehenden und Familien im Rahmen der Familienmitversicherung*: Das dritte Element des Solidarprinzips ist die kostenfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern. Diese umfasst sowohl die Kinder der Versicherten als auch einen nicht erwerbstätigen Ehepartner.² Allerdings ist im Gegensatz zur Mitversicherung der Kinder die familienfördernde Wirkung der Ehegattenmitversicherung keineswegs unumstritten (vgl. u.a. Wingen 2002) und Alternativen wie das sogenannte Ehegattensplitting³ finden durchaus Unterstützung (vgl. z.B. Sachverständigenrat-Gesundheit 2003). Die Frage nach der Notwendigkeit der Ehegattenmitversicherung stellt sich zudem auch deshalb, weil die kostenfreie Mitversicherung des Ehepartners (aufgrund des im Vergleich zu den mitversicherten Kindern hohen Durchschnittsalters dieser Versichertengruppe) deutlich kostenintensiver ist als die familienpolitisch positiver einzuschätzende Mitversicherung von Kindern (Pfaff 1993).

In unserer Untersuchung zur Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates wurden die Befragten um eine direkte Bewertung aller drei Aspekte des Solidarprinzips gebeten. Diese Bewertung erfolgte anhand einer 6er-Skala, mittels derer die Befragten angeben konnten, inwieweit sie die entsprechenden Regelungen richtig fanden. Die Regelungen wurden dabei sprachlich vereinfacht dargestellt. Um die einzelnen Aspekte des

² Für einen detaillierten Überblick über unterschiedliche Aspekte der Familienversicherung vgl. Beske/Thiede (1998).

³ Beim Ehegattensplitting zahlen beide Ehepartner jeweils für die Hälfte des gemeinsamen Einkommens GKV-Beiträge, unabhängig davon, welchen Anteil des Einkommens sie selbst einbringen bzw. ob sie überhaupt erwerbstätig sind. Dadurch soll erreicht werden, dass Ehepaare mit hohem Einkommen, bei denen ein Partner das gesamte bzw. den Großteil des Haushaltseinkommens erwirtschaftet, gleich hohe Beiträge zahlen, wie Ehepaare mit vergleichbarem Einkommen, bei denen beide Partner ungefähr gleich viel verdienen. Gegenwärtig (2004) werden bei Einverdienerhepaaren im Jahr maximal 41.850,- Euro für die Beitragsbemessung herangezogen, während sich diese Bemessungsgrundlage bei Zweiverdienerpaaren im extremsten Fall sogar auf 83.700,- Euro verdoppeln kann.

Familienlastenausgleichs differenziert zu erfassen, wurden für diesen Teilbereich drei Items verwendet, und zwar je eines zur kostenfreien Mitversicherung von Kindern, zur kostenfreien Mitversicherung von Ehepartnern, die im Haushalt lebende Kinder betreuen, und zur kostenfreien Mitversicherung von Ehepartnern, deren Nichterwerbstätigkeit nicht auf Kindererziehung zurückzuführen ist. Die Itemformulierungen und die Gesamtmittelwerte der Akzeptanzurteile sind in *Abbildung 1* dargestellt.

Abbildung 1 dargestellt.

Zunächst wird deutlich, dass die solidarische Struktur der GKV insgesamt eine hohe Zustimmung in der Bevölkerung findet. Dabei ist die Zustimmung für die kostenfreie Familienversicherung besonders hoch, die zu den anderen beiden Aspekten, der Umverteilung zwischen Reichen und Armen sowie zwischen Gesunden und Kranken, ist etwas geringer. Die sehr hohe Akzeptanz der Familienmitversicherung gilt jedoch nur für die Mitversicherung von Kindern und von kindererziehenden Ehepartnern. Eine Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehepartner, bei denen dieser Grund entfällt, findet deutlich weniger Akzeptanz, wird im Mittel allerdings immer noch positiv beurteilt. Dies deckt sich mit früheren Studien, die – allerdings nur für die Teilpopulation der GKV-Versicherten – zu vergleichbaren Ergebnissen gekommen waren (Zok 2003).

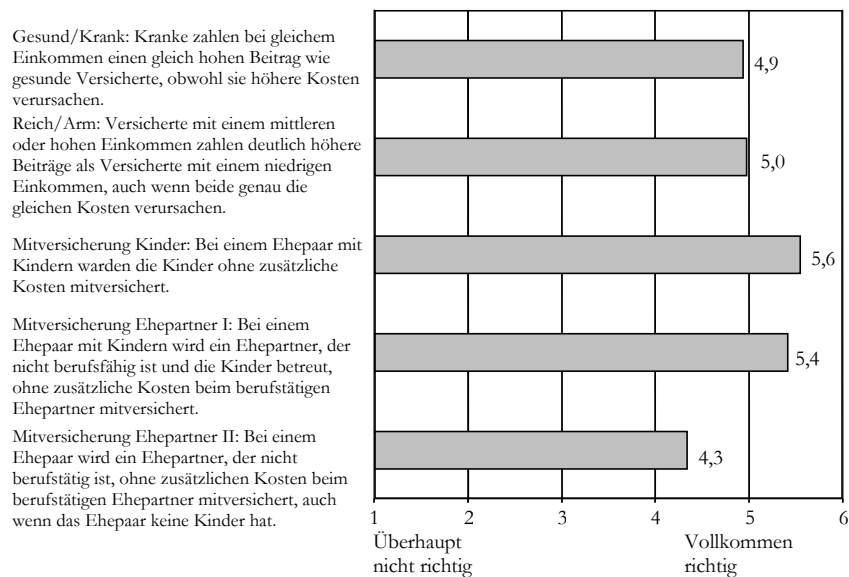


Abbildung 1: Einstellungen der Befragten zu unterschiedlichen Aspekten der Umverteilung in der GKV

(Quelle: eigene Erhebung, gewichtete Ergebnisse)

Hinsichtlich möglicher Einstellungsdifferenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigt sich für die meisten Aspekte der Umverteilung ein deutlicher Konsens zwischen den einzelnen Befragtengruppen. Unterschiede lassen sich lediglich hinsichtlich der Mitversicherung von Ehepartnern feststellen, die nicht aufgrund der Wahrnehmung von Erziehungsaufgaben erfolgt. Besonders gering ist die Zustimmung hierzu unter Grünen-Anhängern (3,4) und bei Befragten mit hoher Bildung (3,9). Die kritische Haltung von Personen mit hohem formalen Bildungsgrad bestätigt frühere Ergebnisse (Zok 2003) und auch im Falle der Grünen-Anhänger verwundert diese Einstellung wenig, stellt eine Angleichung der Beitragslast von Ein- und Zweiverdienerhepaaren (sofern die Erwerbslosigkeit des einen Ehepartners nicht durch Kindererziehung oder Betreuung Pflegebedürftiger begründet ist) doch die offizielle Position ihrer Partei dar.

3. Beurteilung unterschiedlicher Reformvorschläge für das Gesundheitswesen

Im zweiten Schritt ist nun zu klären, wie unterschiedliche Vorschläge für zukünftige Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung von den Befragten beurteilt werden. Dabei werden zunächst zwei verschiedene Gruppen von Reformvorschlägen untersucht:

(1) Die erste Gruppe von Vorschlägen bezieht sich auf *mögliche Veränderungen des sozialen Ausgleichs*. Hierbei handelt es sich um:

- die Ausweitung der Versicherungspflicht auf derzeit noch nicht davon betroffene Bevölkerungsgruppen,
- die Ausweitung der Finanzierungsbasis auf andere Einkommensarten als das Erwerbseinkommen und um
- die Ersetzung der einkommensabhängigen durch pauschale Beiträge.

Der erste Vorschlag, die Ausdehnung der Versicherungspflicht, ist der zentrale Aspekt des Konzepts der Bürgerversicherung. Auch die Ausweitung der Finanzierungsbasis ist ein Element der momentan von den Regierungsparteien diskutierten Entwürfe für eine Bürgerversicherung (vgl. Projektgruppe Bürgerversicherung 2004; Sehlen u.a. 2004), allerdings ist sie kein notwendiger Bestandteil eines solchen Konzepts. Die Ersetzung der einkommensabhängigen durch pauschale Beiträge ist hingegen Kernpunkt der konkurrierenden Kopf- bzw. Gesundheitspauschalen-Modelle

(CDU 2004; Rürup/Wille 2004; für einen kritischen Überblick über verschiedene Vorschläge vgl. Wasem u.a. 2003).⁴

(2) Die zweite Gruppe von Vorschlägen betrifft *Veränderungen des Risikoausgleichs*. Hierzu zählen neben der Rationierung medizinischer Leistungen⁵ vor allem Vorschläge, die das individuelle Risiko- bzw. Vorsorgeverhalten stärker berücksichtigen. Dazu gehören zum einen Risikozuschläge für »ungesunde« Lebensweisen (z.B. Rauchen), zum anderen Bonussysteme wie die Belohnung regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen durch geringere Beiträge.

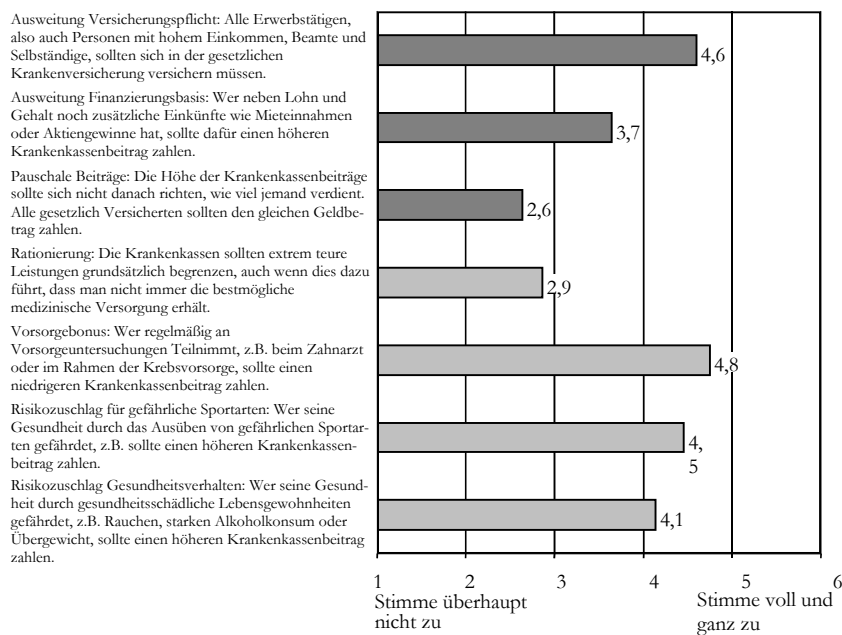


Abbildung 2: Einstellung der Befragten zu unterschiedlichen Reformvorschlägen in der gesetzlichen Krankenversicherung

(Quelle: eigene Erhebung, gewichtete Ergebnisse)

⁴ Hier ist anzumerken, dass beide Modelle lediglich in der aktuellen politischen Debatte miteinander konkurrieren, konzeptionell jedoch durchaus miteinander vereinbar sind; vgl. hierzu zum Beispiel die entsprechende Diskussion in Rürup/Wille (2004), die aktuellen Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Sachverständigenrat-Wirtschaft 2004) oder den Vorschlag von Knappe/Arnold (2002).

⁵ Für einen Überblick zu diesem Thema vgl. grundlegend Schmidt (1996); zur jüngeren Diskussion der Altersrationierung vgl. unter anderem Kopetsch (2001) und Plute (2004).

Abbildung 2 zeigt die Zustimmung zu den einzelnen Reformvorschlägen im Überblick. Von den drei Vorschlägen der ersten Gruppe findet lediglich die Ausweitung der Versicherungspflicht Zustimmung unter den Befragten. Hier liegt der Mittelwert deutlich über dem theoretischen Skalenmittel von 3,5. Einer Ausweitung der Finanzierungsbasis über das Erwerbseinkommen hinaus stehen die Befragten hingegen mit einem Wert von 3,7 neutral gegenüber. Im Gegensatz dazu wird der Vorschlag pauschaler Krankenkassenbeiträge mit einer durchschnittlichen Bewertung von 2,6 Skalenpunkten von den Befragten eher abgelehnt.⁶

Von den übrigen Vorschlägen findet eine Rationierung von Gesundheitsleistungen – aufgrund einer möglichen eigenen Betroffenheit wenig überraschend – mit einem Wert von 2,9 nur eine geringe Zustimmung. Eine Berücksichtigung des individuellen Risiko- bzw. Vorsorgeverhaltens findet hingegen mit Werten zwischen 4,1 und 4,8 eher Zuspruch. Dabei verwundert es wiederum wenig, dass die Befragten positive Anreize wie Bonuszahlungen für aktives Vorsorgeverhalten eher befürworten als negative Sanktionen, wie die unterschiedlichen Formen von Risikozuschlägen.

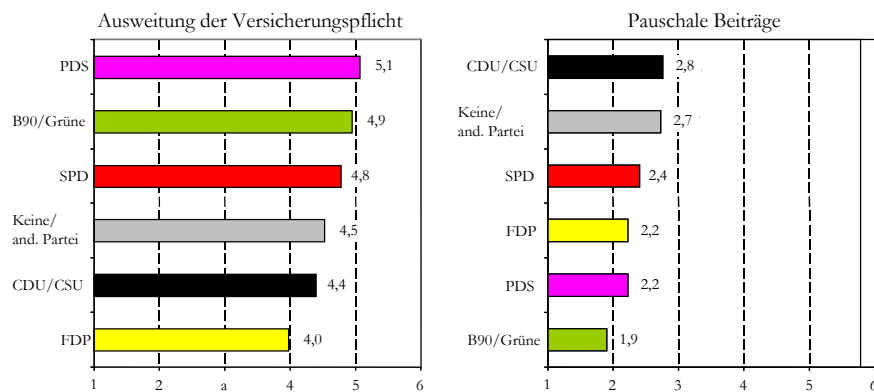
Gerade bei der Untersuchung zukünftiger Reformmöglichkeiten ist es besonders interessant festzustellen, inwieweit sich die Einstellungen einzelner Bevölkerungsgruppen voneinander unterscheiden. Die folgende Analyse konzentriert sich dabei aus Platzgründen auf die Einstellungen zu den beiden in der gegenwärtigen Diskussion sicherlich wichtigsten Reformvorschlägen: der Ausdehnung der Versicherungspflicht und der Einführung pauschaler Krankenkassenbeiträge. Bei solch einem parteipolitisch geprägten Thema liegt es nahe, zunächst die Einstellungsunterschiede entlang der langfristigen Parteidentifikation der Befragten zu betrachten.

Wie in Abbildung 3 dargestellt, zeigen sich bei der Einstellung zur Ausweitung der Versicherungspflicht die zu erwartenden Unterschiede entlang der politischen Lager. Die höchste Zustimmung findet sich unter den Anhängern der PDS, gefolgt

6 Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass in der vorliegenden Erhebung ausschließlich der Aspekt der pauschalen Beitragshöhe erfasst wird. Der in den meisten Kopf- bzw. Gesundheitspauschalenmodellen vorgesehene soziale Ausgleich zugunsten einkommensschwacher Versicherter konnte in der Fragestellung hingegen nicht berücksichtigt werden. Hierfür gibt es zwei Gründe: Zunächst herrschte zum Erhebungszeitpunkt noch wenig Klarheit hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung eines solchen sozialen Ausgleichs. So enthält allein der zu diesem Zeitpunkt aktuellste Entwurf eines Gesundheitspauschalenmodells von Rürup/Wille (2004) drei unterschiedliche Vorschläge zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs mit jeweils recht unterschiedlichen Umverteilungswirkungen. Zweitens ist dieser Ausgleich in der von den Unionsparteien – als den politischen Verfechtern der Gesundheitspauschalenmodelle – letztendlich beschlossenen Form recht komplex gestaltet, da zu seiner Finanzierung sowohl einkommensabhängige Arbeitgeberbeiträge als auch Steuermittel herangezogen werden sollen (für eine ausführliche Darstellung vgl. CDU 2004, schematisch auch AOK 2004). Die Umsetzung dieser Struktur in eine für die Befragten leicht verständliche Itemformulierung wäre daher wohl selbst bei Kenntnis des konkreten Vorschlags problematisch gewesen.

von denen der Regierungsparteien. Personen ohne Parteiidentifikation befinden sich in der Mitte und bei den Anhängern der CDU/CSU und der FDP ist die Zustimmung am geringsten.

Ein anderes Bild als erwartet ergibt sich im Fall der pauschalen Krankenkassenbeiträge. Hier liegt die Zustimmung selbst bei den Anhängern der Unionsparteien mit einem Mittelwert von 2,8 noch deutlich unter dem theoretischen Skalenmittel und unterscheidet sich kaum von der Einstellung, die sich bei Personen ohne Parteiidentifikation findet. Die Differenz zu den Anhängern von SPD, FDP und PDS, die sich mit Werten von 2,2 bis 2,4 nicht nennenswert voneinander unterscheiden, ist nur gering. Die niedrigste Zustimmung weisen mit 1,9 Skalenpunkten die Parteigänger der Grünen auf.



1: »Stimme überhaupt nicht zu«, 6: »Stimme voll und ganz zu«

Abbildung 3: Einstellungen der Befragten zu einer Ausweitung der Versicherungspflicht und zur Einführung pauschaler Krankenkassenbeiträge nach Parteiidentifikation

(Quelle: eigene Erhebung, gewichtete Ergebnisse)

Untersucht man den Einfluss weiterer demographischer Variablen auf die Einstellungen zu diesen beiden Reformoptionen, zeigt sich ein ähnliches Bild: Während bei der Beurteilung der Ausweitung der Versicherungspflicht teilweise deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen existieren, ist der Beitrag demographischer Variablen zur Erklärung der Einstellungsunterschiede im Falle pauschaler Beiträge vergleichsweise niedrig. Wie Tabelle 1 zeigt, beurteilen Ostdeutsche und ältere Befragte eine Ausweitung der Versicherungspflicht deutlich positiver als alle anderen Bevölkerungsgruppen. Eine vergleichsweise negative Bewertung findet sich hingegen bei Personen mit mittlerem Bildungsniveau und insbesondere bei nicht in der GKV versicherten Befragten (Beihilfeempfänger und Privatversicherte),

also bei einer Personengruppe, für die eine derartige Reform den Verlust ihres privilegierten Versicherungsstatus bedeuten würde.

	Ausweitung Versicherungsspflicht		Pauschale Krankenkassenbeiträge	
	M1	M2	M1	M2
Konstante	4,875***	4,490***	2,323***	1,927***
Parteiidentifikation (Referenzkategorie: SPD)				
CDU/CSU	-0,376*	-0,326	0,414*	0,393*
FDP	-1,241***	-0,835*	0,025	0,126
B90/Grün	0,293	0,799**	-0,378	-0,187
PDS	0,189	-0,349	-0,291	-0,216
Keine/Andere	-0,368*	-0,266	0,364*	0,443**
Landesteil (Referenzkategorie: West)				
Ost		0,621***		0,232
Geschlecht (Referenzkategorie: Mann)				
Frau		0,027		-0,145
Familienstand (Referenzkategorie: Anderer Familienstand)				
Verheiratet		-0,032		-0,046
Alter (Referenzkategorie: Unter 25 Jahre)				
25 -34 Jahre		0,063		-0,015
35 -44 Jahre		0,517*		-0,313
45 -54 Jahre		0,552*		-0,161
55 -64 Jahre		0,793**		-0,140
65 Jahre und älter		0,895***		0,001
Bildung (Referenzkategorie: Niedrig/Casmin 1)				
Mittel (Casmin 2)		-0,274*		-0,195
Hoch (Casmin 3)		-0,157		-0,527**
Versicherungsstatus (Referenzkat.: Pflichtversichert in der GKV)				
Freiw. GKV -vers.		-0,093		-0,212
Nicht GKV -vers.		-1,427***		0,173
Mitvers. in GKV		-0,268		0,166
Erwerbsstatus (Referenzkategorie: nicht erwerbstätig)				
Erwerbstätig (VZ/TZ)		-0,014		-0,307*
Oben -Unten -Skala		-0,001		0,141***
N (ungew.)	1096	1096	1118	1118
R²	0,021	0,151	0,016	0,056

* p < 0,05; ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tabelle 1: OLS-Regression auf Einstellungen der Befragten zur Ausdehnung der Versicherungsspflicht und zur Einführung pauschaler Krankenkassenbeiträge

(Quelle: eigene Erhebung, gewichtete Ergebnisse)

Interessant ist zudem, dass die Unterschiede zwischen den Anhängern der einzelnen Parteien zum Teil auch durch die Zusammensetzung dieser Gruppen bedingt zu sein scheinen. So lassen sich nach Kontrolle der demographischen Variablen keine Unterschiede zwischen den Anhängern der SPD auf der einen und denen von CDU/CSU auf der anderen Seite finden. Umgekehrt sieht es im Fall der Parteigänger der Grünen aus. Diese unterscheiden sich zunächst nicht von denen der SPD.

Berücksichtigt man aber die Unterschiede in der soziodemographischen Zusammensetzung dieser beiden Gruppen, so erscheint die Zustimmung der Grünen-Anhänger sogar noch etwas höher.

Im Fall der pauschalen Krankenkassenbeiträge zeigen sich hingegen vergleichsweise geringe Gruppenunterschiede. So sind zwar die höher Gebildeten und die Erwerbstätigen eher gegen, Personen die ihre eigene gesellschaftliche Position als vergleichsweise hoch einschätzen eher für ihre Einführung, aber insgesamt betrachtet trägt dies weder zur Erklärung der (ohnehin eher geringen) Differenzen zwischen den Anhängern der einzelnen Parteien bei, noch erklärt sich daraus ein nennenswerter Anteil der individuellen Einstellungsunterschiede, wie der relativ niedrige R^2 -Wert zeigt. Insgesamt kann man in diesem Fall also von einem relativ weitreichenden Konsens der Befragten bei der Ablehnung von pauschalen Krankenversicherungsbeiträgen sprechen.

4. Fazit

Zusammenfassend lassen sich im Hinblick auf die Lastenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung folgende Schlüsse ziehen:

1. Alle drei Aspekte des Solidarprinzips in der GKV, also sowohl die Umverteilung von Gesunden zu Kranken als auch von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen und zugunsten von Familien, finden insgesamt eine breite Zustimmung innerhalb der Bevölkerung.
2. Einzuschränken ist dieses Urteil jedoch beim Familienlastenausgleich. Besonders hohe Unterstützung findet dort die Umverteilung zugunsten von Kindern oder durch Kindererziehung gebundenen Ehepartnern. Hier liegen die Akzeptanzwerte sogar noch über denen der anderen Ausgleichsarten. Entfällt dagegen die Kindererziehung als Grund für die Nicht-Erwerbstätigkeit eines Ehepartners, sinkt die Akzeptanz deutlich. Zugleich lassen sich in diesem Fall auch Einstellungsdifferenzen zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen nachweisen. Berücksichtigt man, dass die kostenfreie Mitversicherung von Ehepartnern auch verteilungspolitisch umstritten und zudem besonders kostenintensiv ist, steht zu vermuten, dass eine auf die Abschaffung dieses Teils des Solidarprinzips zielende Reform noch am ehesten mit einer Zustimmung in der Bevölkerung rechnen könnte.
3. Bei den Reformvorschlägen findet insbesondere eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bevölkerungsgruppen eine insgesamt deutliche Zustimmung unter den Befragten. Allerdings zeigen die Analysen auch das mit diesem

Vorschlag verbundene Konfliktpotential. Die Einstellungsunterschiede verlaufen dabei nicht nur entlang der politischen Lager, sondern auch zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Während sich die Ostdeutschen und die Älteren eher für eine alle Bevölkerungsgruppen umfassende Versicherungspflicht aussprechen, optieren insbesondere derzeit nicht in der GKV versicherte Befragte gegen diesen Vorschlag, von dem sie sich offenbar nur Nachteile erwarten.

4. Anders verhält es sich hingegen im Fall von pauschalen Krankenkassenbeiträgen. Diese finden selbst bei den Anhängern der Unionsparteien und der FDP kaum Unterstützung. Auch die Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen sind in diesem Fall vergleichsweise niedrig, so dass von einer recht einheitlichen Ablehnung dieses Reformvorschlags auszugehen ist.
5. Bei der Beurteilung von Reformvorschlägen für den Risikoausgleich fällt die hohe Zustimmung zu Bonus- und Malusregelungen auf. Während also im Falle des sozialen Ausgleichs eine Erweiterung der Solidarität höhere Zustimmung findet als eine Begrenzung, stoßen Einschränkungen der Risikosolidarität offenbar auf weit mehr Akzeptanz. Hierin kann eine Bestätigung der Annahme gesehen werden, nach der es hinsichtlich der Solidaritätsbereitschaft zu gegenläufigen Entwicklungen, zu einem Auseinanderdriften von sozialer und Risikosolidarität kommt: Während einerseits eine grundsätzliche Bereitschaft zu einer Ausweitung des sozialen Ausgleichs besteht, werden andererseits Einschränkungen der Risikosolidarität befürwortet (vgl. hierzu bereits Ullrich 2000: 292ff.). Wie die deutliche Ablehnung von Rationierungen nahe legt, scheint die Akzeptanz einer zunehmenden »Risiko-Individualisierung« aber auf den Bereich (vermeintlicher) Verhaltensrisiken (Risiko- und Vorsorgeverhalten) beschränkt zu sein.

Literatur

- AOK (2004), »CDU/CSU-Modell wird zurückhaltend bewertet«, *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) Blickpunkt*, H. 11, S. 1–2.
- Beske, Fritz/Thiede, Michael (1998), *Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Probleme und Lösungsansätze*, Würzburg.
- CDU (2004), *Das solidarische Gesundheitsprämienmodell der Union. Fakten. Argumente. Beispiele*, Union in Deutschland (UiD) Dokumentation Nr. 37, Nov./2004.
- Knappe, Eckhard/Arnold, Robert (2002), *Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit*, Gutachten im Auftrag der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft, München.

- Kopetsch, Thomas (2001), »Zur Rationierung medizinischer Leistungen. Ein Modell für die gesetzliche Krankenversicherung«, *Sozialer Fortschritt*, H. 1, S. 20–29.
- Pfaff, Anita (1993), »Familienhilfe: Lastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung«, *Sozialer Fortschritt*, H. 12, S. 302–308.
- Plute, Gerhard (2004), »Rationierung von Gesundheitsleistungen? Das Beispiel geriatrischer Rehabilitation«, *Sozialer Fortschritt*, H. 3, S. 74–79.
- Rürup, Bert/Wille, Eberhard (2004), *Finanzierungsreform in der Krankenversicherung*, Gutachten, ohne Ort, in: <http://www.sozialpolitik.de> (01.10.2004).
- Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Vorstandes (2004), *Modell einer solidarischen Bürgerversicherung*, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Sachverständigenrat-Wirtschaft) (2004), *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05*, in: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/jg04.html> (14.2.2005).
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat-Gesundheit) (2003), *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003*. Kurzfassung in: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltde.htm>, Langfassung in: <http://dip.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf> (01.10.2004).
- Schmidt, Volker (1996), »Veralltäglicung der Triage«, *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 25, H. 6, S. 419–437.
- Sehlen, Stephanie/Schröder, Wilhelm F./Schiffhorst Guido (2004), *Bürgerversicherung Gesundheit, Grünes Modell. Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten*, IGES-Papier Nr. 04–06, Berlin.
- Ullrich, Carsten G. (2000), *Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Die Akzeptanz des Solidarprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Frankfurt a.M./New York.
- Wingen, Max (2002), »Auf der Suche nach tieferen Ursachen für familienpolitische Strukturfehler und Defizite in staatlichen und gesellschaftlichen Systemen«, *Sozialer Fortschritt*, H. 10, S. 241–254.
- Zok, Klaus (2003), *Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen*, WIdO-Materialien 50, Bonn.